ITEM 184 : HYPERSENSIBILITÉ ET ALLERGIE RESPIRATOIRE CHEZ L'ADULTE : ASTHME et RHINITE ALLERGIQUE

Epidémiologie			- Prévalence (asthme, rhinite allergique et allergies respiratoires): ↑ dans le monde depuis les années 1960 - En France, prévalence chez l'adulte : Asthme = **6%**, rhinite allergique (RA) = **24%**, RA chez les asthmatiques = **80%** - Mortalité par asthme : **1000 décès/an** en France, en ↓ - Morbidité liée à l'asthme : en augmentation régulière - Coût global de la maladie : 1,5 milliards €/an (hospitalisations, soins d'urgences et retentissement social) - Travail et asthme : asthme → absentéisme au travail. Exposition professionnelle → inféoder ou aggraver l'asthme
Définition	*Asthme*		**= Maladie inflammatoire chronique** conduisant à des modifications de la structure **des voies aériennes <u>inférieures (VAI)</u>** associant: - **Symptômes** respiratoires paroxystiques (dyspnée, sifflements, oppression thoracique et/ou toux) - ET **obstruction** des voies aériennes potentiellement réversible d'importance variable → **Variables** au cours du temps
	Hyperréactivité bronchique		Bronchoconstriction **exagérée** lors de l'exposition à divers stimuli : - Pharmacologiques comme **la métacholine** (activation des récepteurs muscariniques) - Physiques comme l'air froid et sec
	Rhinite chronique allergique (RCA)		= **Maladie inflammatoire chronique** des **voies aériennes <u>supérieures</u>** (**VAS**) caractérisée par : - Les symptômes « **PARÉO** » (Prurit, Anosmie, Rhinorrhée, Éternuements, Obstruction nasale) - Les atteintes chroniques, **non mécaniques ni infectieuses**, des structures nasales (muqueuse et éléments associés) (des atteintes infectieuses des structures sinusiennes sont exclues) - Durée ≥ **12 semaines** (consécutives ou non) **par an**
	Atopie, allergie, sensibilisation		Item 182
Physiopathologie	*Asthme*	Interaction gènes-environnement	Responsables de l'inflammation chronique et les anomalies des structures des VAI → chronicité et manifestations de l'asthme (cf. item 182)
		Mécanismes particuliers : facteurs favorisants et déclenchants spécifiques	**- Asthme induit par l'exercice :** exercice → hyperventilation → refroidissement et déshydratation des bronches → libération des médiateurs inflammatoires. **- Hypersensibilité** (intolérance) **à l'aspirine et aux AINS :** réaction **pharmacologique** (**non allergique**) par excès de synthèse de médiateurs inflammatoires (leucotriènes) chez certains individus (idiosyncrasie médicamenteuse) **- Irritants inhalés** (particules de diesel, ozone, tabagisme, irritants professionnels) : mécanisme mal connu (hypothèse: cytotoxicité, activation des récepteurs cellulaires de l'immunité, réponse macrophagique secondaire à la phagocytose des irritants)
	RCA	Cf. item 182	

ASTHME

Définition	*Clinique*	**Symptômes d'asthme**	– **Gêne respiratoire, dyspnée, sifflements, oppression thoracique et toux** – De brève durée (plusieurs minutes ; cédant en général en < 20 min) – Variables et réversibles
		Exacerbation (poussée)	– Augmentation progressive des symptômes durant **≥ 2 jours** – Non calmée par les bronchodilatateurs utilisés de façon fréquente et en quantité importante, sans retour spontané à l'état habituel → **nécessitant une modification du ttt** (cure courte de corticostéroïdes par voie générale)
	Fonctionnelle	**Trouble ventilatoire obstructif** (TVO)	**Rapport VEMS <u>mesuré</u> /CVF <u>mesurée</u> < 0,7 (ou < 70%)** ATTENTION: Il ne s'agit pas d'un pourcentage d'une valeur normale théorique. Ex : VEMS mesuré= 1,2 L, CVF mesurée = 1,9 L VEMS/CVF = 0,63 (ou 63%) < 0,7 (ou < 70%)
		Réversibilité du TVO	Après inhalation d'un broncho-dilatateur à courte durée d'action (BDCA) ou après une corticothérapie systémique de 2 semaines - Réversiblité : ↗ VEMS **> 200 ml** <u>et</u> ↗ VEMS **> 12%** par rapport à la valeur initiale (VEMS post – VEMS pré)/VEMS pré > 0,12 - Réversibilité complète: Normalisation du rapport VEMS/CVF (> 0,7) <u>et</u> Normalisation du VEMS (> 80 % de la norme) - Attention : une réversibilité partielle peut être observée dans la BPCO. Une réversibilité complète exclut une BPCO et oriente vers un asthme

Diagnostic		**Hyperréactivité bronchique (HRB)** ≠ inflammation bronchique		**= ↘ du VEMS de > 20%** par rapport à sa valeur initiale après inhalation d'une dose standard d'agoniste cholinergique (métacholine) ou après une stimulation physique comme l'air sec. - Valeur du est à la métacholine : **VPN 100%,** VPP 80% → indication : suspicion d'asthme à l'interrogatoire mais absence de TVO à l'état basal (asthme éliminé si test négatif)
		Débit expiratoire de pointe (DEP)		= Débit maximal instantané mesuré lors d'une expiration forcée. - Mesure **moins fiable** que le VEMS → Ne remplace pas la courbe débits-volumes pour établir le diagnostic d'asthme - Avantage : **facilité d'utilisation** → utile dans certaines situations : . **Situations d'urgence** . Diagnostic d'asthme professionnel . **Autosurveillance** (après modification thérapeutique ou aide décisionnelle dans le plan d'action) → moyen objectif adapté ++ aux patients percevant peu leurs symptômes
	Diagnostic positif	Chez patient **asymptomatique** → anamnèse +++		1) <u>Diagnostic suspecté à partir de l'anamnèse</u> : caractère **variable et réversible** des manifestations: - symptômes d'asthme (cf. définition) : Association de plusieurs symptômes . Aggravation la nuit et au réveil (↗ le tonus parasympathique broncho-constricteur) . Déclenchement par les infections virales, l'exercice, l'exposition aux allergènes, les irritants, le rire . Sibilants à l'auscultation (= obstruction bronchique) 2) <u>Diagnostic affirmé par les EFR</u>: **TVO variable et réversible** - Réversibilité aux bronchodilatateurs d'un TVO présent à l'état basal - En absence de TVO à l'état basal : test à la métacholine positif (apparition de TVO) 3) <u>Diagnostic de sévérité</u> : Valeur pronostic. Non évaluable d'emblée, nécessitant un suivi régulier et une évaluation répétée du niveau de contrôle. Si l'asthme est contrôlé depuis ≥ 6 mois avec une dose minimale nécessaire: **sévérité = charge thérapeutique (minimale) nécessaire pour contrôler l'asthme** . Asthme **intermittent** = contrôlé avec un traitement de palier 1 . Asthme **persistant léger** = contrôlé avec un traitement de palier 2 . Asthme **persistant modéré** = contrôlé avec un traitement de palier 3 . Asthme **persistant sévère** = contrôlé avec un traitement de palier 4 . Asthme **sévère** = contrôlé ou non contrôlé avec un traitement de palier 5
		Chez patient symptomatique = en **exacerbation** → examen clinique +++	**Diagnostic d'exacerbation**	- Définition d'exacerbation (voir plus haut) - Survient en général dans un contexte de : . Mauvais observance à un ttt de fond et/ou . En réponse à un agent extérieur (infection virale, exposition allergénique, pollution) - ↗progressive de l'obstruction bronchique (↘ VEMS, ↘ DEP) : +/- - Gravité variable - NB : peuvent survenir chez un patient avec un asthme léger bien contrôlé !!
			Facteurs de risque d'exacerbation +++	- Symptômes d'asthme non contrôlés - Absence de corticostéroïde inhalé (CSI) : absence de prescription, non observance ou mauvaise technique d'utilisation - Utilisation excessive de BDCA (> 1 flacon/mois) : caractère répété des symptômes - VEMS < 60% - Problèmes psychologiques ou socio-économiques majeurs - Exposition au tabac et aux allergènes (si allergie) - Comorbidités : obésité, rhinosinusite chronique, allergie alimentaire - Eosinophilie sanguine ou dans les crachats - Grossesse - Exacerbation sévère dans les 12 mois précédents - ATCD d'intubation ou hospitalisation en soins intensifs pour asthme
			Facteurs de risque de décès par asthme +++ → PEC rapprochée	- ATCD d'exacerbation sévère nécessitant intubation et ventilation mécanique - Hospitalisation ou visite aux urgences pour asthme dans l'année précédente - Prise actuelle ou arrêt récent d'une corticothérapie orale - Problèmes identifiés d'observance thérapeutique : . Arrêt ou absence de CSI . Utilisation inadéquate BDCA = ttt de fond insuffisant (et non toxicité propre de BDCA) . Absence de suivi codifié pour l'asthme - Maladie psychiatrique ou problèmes psycho-sociaux - Allergie alimentaire - Hypersensibilité à l'aspirine et aux AINS - Tabagisme actif et toxicomanie

Diagnostic

Chez patient symptomatique = en **exacerbation** → examen clinique +++

Gravité d'exacerbation

- **Modérée** : vie quotidienne perturbée, modification ttt nécessaire, PEC ambulatoire
- **Sévère** : met en jeu le pronostic vital et nécessite une PEC en milieu hospitalier
- **Exacerbation quasi-mortelle** (*near fatal asthma*)
  - . Insuffisance respiratoire d'évolution suraiguë
  - . Concerne une minorité de patients (hommes jeunes) *percevant peu leurs symptômes*

Critères de sévérité	
Initiaux = signes de lutte	**Terminaux = signes de défaillance**
. Parle avec des phrases . Préfère la position assise qu'allongée . Non agité . Augmentation de la FR . FC > 100/min . SpO_2 < 95% en AA . DEP > 50% de la meilleure valeur (ou théorique si inconnue)	. Parle avec des mots . Assis penché en avant . Agité . FR > 30/min . Utilisation des muscles respiratoires accessoires . FC > 120/min . SpO2 < 90% en AA . DEP ≤ 50% de la meilleure valeur ou non réalisable . Silence auscultatoire . Respiration paradoxale . Troubles de la conscience, bradycardie, collapsus

Gravité clinique

Gravité	**Légère**	**Modérée**	**Grave**	**Extrême**
Dyspnée	A la marche	Orthopnée	Penché en avant	Se laisse allonger
Parole	Normale	Phrases possibles	Difficile (mots)	Impossible
Conscience	Normale	Agitation	Agitation ++	Confusion, somnolence
FR	↗	↗	> 30/min	Bradypnée, pauses
Tirage	Aucun	Oui Tension SCM	Oui Tension SCM	Balancement thoraco-abdominal
Sibilants	En fin d'expiration	Bruyants	Bruyants	Silence auscultatoire
Cyanose	ø	ø	Oui	Oui
FC	< 100	100-120	> 120 bpm	Bradycardie
Pouls paradoxal	ø	10-20 mmHg	> 20 mmHg	ø
DEP	> 75%	50-75%	< 50% ou < 150 l/min ou ↗ < 60 l/min après 1h	Non réalisable
SpO_2 en AA	> 95%	92-95%	< 92%	< 90%
pH	7,45-7,55	7,45-7,55	7,35-7,45	< 7,35
PaO_2 en AA	75-90	60-75	55-60	< 55
$PaCO_2$ en AA	30-35	25-30	35-45	> 45

Diagnostic différentiel

Clinique : symptômes d'asthme, pas de TVO

- Dysfonction des cordes vocales (diagnostic ORL difficile)
- Syndrome d'hyperventilation (évoqué à partir de questionnaires spécifiques validés)

Clinique et fonctionnelle : présence de TVO mais non réversible

Maladies chroniques des voies aériennes	- Bronchopneumopathie chronique obstructive (**BPCO**) +++ - Bronchectasies (diagnostic par TDM thoracique) - Mucoviscidose - Bronchiolites constrictives (primitive, maladies de système, post greffe…)
Autres	- Corps étranger - Tumeurs trachéobronchiques - Insuffisance cardiaque

Bilan

Recherche des facteurs favorisants (item 182)

- Génétique
- Infection virale
- Sensibilisation aux pneumallergènes
- Exposition au tabac dès la conception
- Pollution de l'air intérieur par les biocombustibles (cuisine ou chauffage) +/- polluants atmosphériques (particules de diesel) en période anténatale et post-natale

<table>
<tr><td rowspan="11">Traitement</td><td rowspan="3">Bilan</td><td>Radio Thorax</td><td colspan="4">Pour éliminer un diagnostic différentiel +/- remplacée par TDM</td></tr>
<tr><td>EFR</td><td colspan="4">Spirométrie avec test de réversibilité
+/- Test à la métacholine (en l'absence de TVO à l'état de base)</td></tr>
<tr><td colspan="5">Évaluation du contrôle et de la sévérité, à chaque consultation (Cf plus bas)</td></tr>
<tr><td rowspan="8">Généralités</td><td>Deux situations</td><td colspan="4">- La prise en charge au long cours de la maladie chronique
- Les situations d'urgence : exacerbations</td></tr>
<tr><td>Objectifs du traitement</td><td colspan="4">- Un contrôle optimal des symptômes
- Et une réduction du risque d'exacerbations :
. de la dégradation de la fonction respiratoire
. des effets secondaires du traitement</td></tr>
<tr><td rowspan="7">PEC au long cours</td><td rowspan="7">Traitement médicamenteux</td><td>Palier</td><td>Ttt de fond préféré</td><td>Autre ttt de fond</td><td>Ttt de secours</td></tr>
<tr><td>Palier 1</td><td>Absent</td><td>Envisager CSI faible dose</td><td rowspan="5">BDCA à la demande
NB: modification majeure du GINA 2019 : plus jamais BDCA seul mais toujours accompagné par un CSI → ttt de fond du palier 1 (+/- palier 2) et ttt de secours préféré = CSI + formotérol (BD à action rapide et prolongée) à la demande</td></tr>
<tr><td>Palier 2</td><td>CSI faible dose</td><td>Antileucotriène (ALT)</td></tr>
<tr><td>Palier 3</td><td>CSI faible dose + BDLA</td><td>CSI dose modérée à forte
ou CSI faible dose + ALT</td></tr>
<tr><td>Palier 4</td><td>CSI dose modéré/ forte + BDLA</td><td>Tiotropium ou
CSI forte dose + ALT</td></tr>
<tr><td>Palier 5</td><td>Centre d'asthme sévère : ttt complémentaire (tiotropium, anti-IgE, anti-IL5, anti-IL13, thermoplasie bronchique)</td><td>CSO faible dose</td></tr>
<tr><td colspan="4">BDCA : broncho-dilatateur bêta-2-mimétique inhalé à courte durée d'action
BDLA : broncho-dilatateur bêta-2-mimétique inhalé à longue durée d'action
CSI : corticostéroïde inhalé ; CSO : corticostéroïde oral ;
Tiotropium : anti-muscarinique (anticholinergique) inhalé à longue durée d'action</td></tr>
<tr><td rowspan="12">Traitement</td><td rowspan="5"></td><td rowspan="4">Traitement médicamenteux</td><td>Traitement de fond
→ à prendre
tous les jours</td><td colspan="2">= anti-inflammatoire stéroïdien inhalé = CSI (jamais de bronchodilatateur seul)
- instauré dès que le diagnostic d'asthme est évoqué (<u>sans attendre</u> les résultats des examens complémentaires, notamment des EFR)
- débutant par un palier 2 ou 3 (en fonction du contrôle de l'asthme)
- si exacerbation inaugurant: ttt d'exacerbation + ttt de fond palier 3</td></tr>
<tr><td>Traitement de secours</td><td colspan="2">= traitement des symptômes à la demande : BDCA le plus souvent
(GINA 2019 : CSI + formotérol à la demande > BDCA)</td></tr>
<tr><td>Plan d'action</td><td colspan="2">= conduite à tenir pour le patient en cas d'exacerbation :
- La reconnaissance <u>par le patient</u> de l'exacerbation et de sa sévérité à partir des symptômes ± du DEP (si mauvaise perception et FdR de décès par asthme)
- Modalités de traitement
- Modalités d'accès à des soins médicaux en cas de signes de gravité ou d'échec du traitement applicable en aigu</td></tr>
<tr><td>Technique de prise d'1 dispositif d'inhalation</td><td colspan="2">- Sur la prescription : consignes claires concernant l'importance et la technique de prise de son traitement de fond.
- La technique de prise des dispositifs d'inhalation doit être expliquée et idéalement démontrée et vérifiée (essai par le patient) <u>à chaque rencontre</u></td></tr>
<tr><td>Traitement non médicamenteux</td><td colspan="3">- Activité physique régulière
- Contre-indication à la plongée sous-marine en scaphandre</td></tr>
<tr><td>Traitement des facteurs favorisants +++
Indispensable pour contrôler l'asthme !</td><td colspan="3">- Rhinite
- Allergies : enquête systématique sur l'environnement domestique et professionnel et sa relation avec la survenue des symptômes et des exacerbations.
- Sevrage tabagique (encouragement fort et répété)
- Eviction des irritants bronchiques domestiques et professionnels
- Médicaments :
+ Bêtabloquants (y compris collyre) risque d'aggravation d'asthme → avis du pneumologue nécessaire, envisageable si asthme léger contrôlé et en fonction du rapport bénéfices/risques
+ Aspirine/AINS : contre indiqué seulement si hypersensibilité à ces produits connue
- RGO: ttt d'épreuve par IPP si symptômes typiques (pyrosis, régurgitation). Pas de preuve d'efficacité sur le contrôle de l'asthme
- Comorbidités cardiovasculaires, SAOS, obésité, stress, anxiété et des comorbidités liées à la CTC systémique (ostéoporose, diabète, HTA)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="11">Traitement</td><td></td><td>Prévention</td><td colspan="3">- Prévention des infections respiratoires :
+ Vaccination antigrippale : tous les asthmatiques
+ Vaccination antipneumococcique : si insuffisance respiratoire chronique, asthme sévère</td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="2">Evaluation de l'efficacité du traitement
→ 1 à 3M après l'initiation du ttt

+ Vérifier la compréhension et la possibilité d'utilisation du plan d'action</td><td>Contrôle de l'asthme</td><td colspan="2">L'asthme est contrôlé si :
1. Les symptômes d'asthme sont contrôlés (sur les 4 dernières semaines)
<table><tr><td>Symptômes diurnes > 2/semaine</td><td rowspan="4">Aucun item : bien contrôlé
1-2 items : partiellement contrôlé
3-4 items : non contrôlé</td></tr><tr><td>Tout réveil nocturne lié à l'asthme</td></tr><tr><td>Prise de BDCA > 2/semaine</td></tr><tr><td>Toute limitation d'activité liée à l'asthme</td></tr></table>2. Rare exacerbations: < 2 cures de CTC systémique l'année précédente
3. Pas d'obstruction bronchique : VEMS/CV > 0.7 et VEMS ≥ 80%</td></tr>
<tr><td>Fonction respiratoire</td><td colspan="2">- Réévaluation après 3m de ttt bien suivi → la meilleure valeur du patient
- Evaluation périodique du VEMS (≥ 1 fois/an) → la sévérité et les risques futurs : exacerbations, déclin de la fonction respiratoire et handicap</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Ajustement du traitement</td><td>L'asthme est contrôlé ≥ 3M</td><td colspan="2">- Poursuite du même ttt de fond ± diminuer jusqu'à la dose minimale efficace
- Avec toujours au minimum un CSI faible dose</td></tr>
<tr><td>L'asthme n'est pas contrôlé</td><td colspan="2">→ Vérifier l'absence de <u>cause de non-contrôle</u> de l'asthme :
- Observance, technique de prise des dispositifs d'inhalation
- Facteurs favorisants
→ <u>Majoration du ttt de fond</u> selon les paliers (cf. plus haut paliers 3,4,5)
- Biothérapie par anti IgE : . Réservée aux asthmes sévères non contrôlés
. VEMS < 80% de la valeur prédite
. Une sensibilisation <u>prouvée</u> à un pneumallergène
. Per-annuel (prick-test ou IgE spécifique positif)
- Corticothérapie par voie générale : exceptionnelle, à dose minimale efficace</td></tr>
<tr><td></td><td rowspan="2">Suivi de l'asthme</td><td>Quand ?</td><td colspan="2">- Suivi périodique ≥ 1 fois/an (rythme adapté à la sévérité)
- Consultation 3 mois après chaque modification de traitement
- Suivi mensuel pendant la grossesse
- Programme d'éducation thérapeutique à planifier</td></tr>
<tr><td>Comment ?</td><td colspan="2">- Evaluation du contrôle de l'asthme
- ± Evaluation de la fonction respiratoire
- Réévaluation du traitement
. Vérification de l'observance (discussion empathique)
. Vérification de la technique de prise des dispositifs d'inhalation
. Recherche d'effets secondaires
. Vérification de la compréhension du plan d'action
- PEC des facteurs favorisants et déclenchants (tabac par exemple)</td></tr>
<tr><td></td><td>Quand adresser le patient au pneumologue ?</td><td colspan="3">- Si problème de diagnostic notamment avec une autre maladie chronique des bronches
- Pour mesurer la fonction respiratoire si non disponible
- En cas d'obstruction bronchique avec VEMS < 80% ou impossibilité à évaluer
- Si ≥ 2 exacerbations par an malgré bon suivi
- Si recours à un traitement de fond par CSI à dose moyenne ou forte.
- En cas d'asthme sévère
→ Dans une grande proportion de cas, prise en charge par le médecin traitant</td></tr>
<tr><td>PEC des situations d'urgences :</td><td>Exacerbation modérée</td><td rowspan="4">PEC initiale</td><td>Bronchodilatateur inhalé par BDCA bêta-2-mimétiques (salbutamol ou terbutaline)</td><td>Indispensable. Voie inhalée > > > SC ou IV
- En dehors d'un milieu médicalisé : dispositif d'inhalation (+/- chambre d'inhalation) 4 à 10 bouffées toutes les 20 min jusqu'à amélioration clinique durant la 1ère heure
- En milieu médicalisé (SAMU ou hôpital) : nébulisation (vecteur = O2) 5 mg sur une durée de 10 à 15 min répétés toutes les 20 min durant la 1ère heure.</td></tr>
<tr><td>Corticoïdes voie systémique (orale)</td><td>Prednisolone/prednisone 1 mg/kg/jour chez l'adulte, max 50 mg/j
Durée de 5 à 7 jours puis arrêt sans décroissance</td></tr>
<tr><td>Oxygénothérapie</td><td>Si hypoxémie, objectif SpO_2 = 93-95%</td></tr>
<tr><td colspan="2">Recherche et traitement d'un facteur favorisant (infection, allergène, médicament)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="11">Traitement</td><td rowspan="4"></td><td rowspan="3">Exacerbation modérée</td><td rowspan="3">Futur du patient</td><td>Réévaluation clinique très rapprochée</td></tr>
<tr><td>Aggravation / non-amélioration après 1 heure → soins intensifs (transport médicalisé) et majoration des thérapeutiques</td></tr>
<tr><td>Devenir du patient : Retour à domicile, hospitalisation conventionnelle, soins intensifs ?
Facteurs décisifs : Absence d'accompagnant à domicile, âge ou comorbidités</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Exacerbation sévère</td><td colspan="2">Transfert médicalisé dans une unité de soins intensifs</td></tr>
<tr><td>O2</td><td>Objectif : SpO_2 = 93-95%</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Broncho-dilatateur</td><td><u>Voie inhalée</u> à forte dose, nébulisation avec vecteur = O2, durée de 10 à 15 min, répétée toutes les 20 min, durant la 1ère heure
- Bêta-2-mimétiques (Salbutamol / terbutaline) : 5 mg
- Anticholinergique (ipratropium) : 0.5 mg</td></tr>
<tr><td>En cas d'échec, possibilité d'utiliser les bêta-2-mimétiques par <u>voie injectable</u> :
- À domicile : 0,5 mg de terbutaline (1 ampoule) en sous cutanée
- En milieu médicalisé (SAMU ou hôpital) : seringue électrique à posologie croissante progressivement, début à 0,25-0,5 mg/h salbutamol; scope obligatoire (effet adrénergique, et risque d'hypokaliémie)</td></tr>
<tr><td>Corticoïdes</td><td><u>Voie systémique</u> prednisolone/prednisone 1 mg/kg/jour, max 50 mg/j chez l'adulte
Immédiate, aucune contre-indication</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ventilation mécanique : si signe de gravité extrême</td></tr>
<tr><td colspan="2">Recherche et traitement d'un facteur favorisant (infection, allergène, médicament)
Réévaluation clinique très rapprochée</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td>Réévaluation clinique de l'exacerbation</td><td colspan="2">Surveillance <u>clinique</u> très rapprochée : . Réévaluation de la dyspnée, FR, pouls, TA et SpO_2
. Mesure répétée du débit de pointe (DEP)
Orientation : . Formes sévères d'emblée : hospitalisation rapide.
. Formes non sévères : évaluation rapide de l'efficacité du ttt de 1ère ligne avant de décider du maintien à domicile.</td></tr>
<tr><td>MDCT non indiqués en situation d'urgences</td><td>MDCT ayant des <u>indications restreintes</u> :
. Antibiotiques : non systématiques, seulement si infection respiratoire bactérienne
. Adrénaline : seulement si choc anaphylactique (ex : asthme dans un contexte d'allergie alimentaire).</td><td>MDCT qui <u>ne doivent pas être utilisés</u> :
. BDLA
. Théophylline (rapport bénéfice/risque défavorable)
. Réhydratation (remplissage) agressive
. Sédatifs (dépression respiratoire)
. Mucolytiques (↗ toux et le bronchospasme)
. Antitussifs</td></tr>
<tr><td>Planification du suivi</td><td colspan="2">Consultation à un mois pour :
. Évaluer le contrôle de l'asthme
. Évaluer les facteurs de risque de nouvelle exacerbation
. Vérifier la compréhension du traitement et la technique d'inhalation
. Orienter le patient vers un programme d'éducation thérapeutique</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Education thérapeutique</td><td>Comment</td><td colspan="3">- Pourquoi : permet au patient de comprendre sa maladie et son traitement
→ ↗ Observance ↗ Contrôle de l'asthme ↘ Exacerbation sévères
- Qui : à proposer précocement à tous les asthmatiques
particulièrement pour un asthme sévère, mal contrôlé ou à risque d'exacerbation sévère
- Où : les écoles de l'asthme</td></tr>
<tr><td>Objectifs</td><td colspan="3">- Comprendre les mécanismes de la <u>maladie</u>
- Connaître les <u>signes</u> de la perte de contrôle et de l'exacerbation
- Savoir mesurer et interpréter son <u>DEP</u>
- Connaître les <u>mécanismes d'action et indications</u> des traitements
- Maîtriser l'utilisation des <u>dispositifs d'inhalation</u>
- Savoir mettre en place <u>le plan d'action</u>
- Contrôler l'environnement en repérant et en évitant les <u>facteurs favorisants</u></td></tr>
<tr><td>Evolution</td><td colspan="4">- Maladie <u>chronique</u> avec les <u>risques futurs</u>: exacerbations récurrentes, déclin de la fonction respiratoire (handicap)
- Altération de la <u>qualité de vie</u> : performances physiques, psychologiques et sociales.
- <u>Limitation des activités</u> en rapport avec l'asthme : handicap respiratoire
- Asthmes <u>sévères</u> : affections de longue durée (ALD 14.2)
→ Place de l'éducation thérapeutique +++ pour prévenir les risques futurs</td></tr>
</table>

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DE L'ASTHME

Médicament	Galénique	Mécanisme d'action/ Indication	Effets secondaires (ES)
Corticoïdes inhalés (CSI) Béclométasone Budésonide Fluticasone	Aérosol doseur Inhalateur de poudre sèche (Nébulisation : à éviter)	Traitement anti-inflammatoire **le plus efficace** de l'asthme	Non fréquents. ES locaux : **mycose** bucco-pharyngée, dysphonie → **rinçage de la bouche** ou chambre d'inhal. ES systémique exceptionnel
Corticoïdes systémiques Prednisone Prednisolone	Voie orale ++ IM ou IV : si trouble de conscience	- Ttt précoce dans les **exacerbations :** Durée 5 à 7 j, efficace en 4-6h - CTC **au long cours** dans certains cas d'asthme sévère (suivi pneumologue)	ES de CTC au long cours : ostéoporose, diabète, HTA, obésité, insuffisance surrénale, etc.
Bronchodilatateurs bêta-2-mimétiques à <u>longue</u> durée d'action (BDLA) Salmétérol, Formotérol En association avec CSI : Formotérol-budésonide Salmétérol-fluticasone Formotérol-béclométasone	Aérosol doseur Inhalateur de poudre sèche	TOUJOURS EN ASSOCIATION avec un CSI L'utilisation d'un BDLA seul augmente le risque de complications	Tachycardie Céphalées Crampes
Bronchodilatateurs bêta-2-mimétiques à <u>courte</u> durée d'action (BDCA) Salbutamol, Terbutaline	Aérosol doseur Inhalateur de poudre sèche Nébulisation IM ou IV : rare	Traitement de choix pour les **symptômes** et prévention de l'asthme d'effort	Tachycardie Tremblements Céphalées Crampes
Anticholinergiques Ipratropium	Nébulisation	En association avec un BDCA en cas d'asthme aigue grave	Sécheresse buccale
Anti-leucotriène Montélukast	Voie orale	Cible une des voies de l'inflammation dans l'asthme. Alternative (moins efficace) à des BDLA, en association avec les CSI.	ES rares et bénins : douleurs abdominales, céphalées
Anti-IgE Omalizumab	Sous-cutanée	Inhibe la liaison des IgE au récepteur à IgE de haute affinité. Option pour asthme persistant **allergique** sévère non contrôlé	- Réaction au site d'injection fréquent, mais sans gravité - Anaphylaxie rare

RHINITE CHRONIQUE ALLERGIQUE (RCA)

Diagnostic	*Positif ⇒ clinique* *RCA = RC + A*	*RC= Rhinite chronique*	- Symptômes PARÉO : Prurit, Anosmie, Rhinorrhée, Éternuements, Obstruction nasale +/- Symptômes oculaires (conjonctivite) : larmoiements, rougeur, sensations de brûlures, sensibilité à la lumière. - Examen des fosses nasales au speculum nasal (ou à l'otoscope): muqueuse inflammatoire +/- polypes.
		A = **caractère allergique** (cf. Item 182).	
		Sévérité : 2 facteurs	- **Durée** des symptômes : Rhinite intermittente : < 4 semaines consécutives par an Rhinite persistante : > 4 semaines consécutives par an - **Sévérité** des symptômes = retentissement sur la qualité de vie (sommeil, activité sociale, scolaire, sportive, professionnelle) : absent = RCA légère, présent = RCA modérée à sévère
	Différentiel	Rhinites chroniques non allergiques → Il est indispensable d'argumenter le caractère allergique	
Bilan radio		**TDM sinus** : après un examen clinique et endoscopique approfondi en coopération avec ORL	
Traitement	Prise en charge du facteur allergique (cf. Item 182)		
	Lavage nasal au sérum physiologique		
	Ttt médicamenteux	1) Antihistaminiques par voie orale (1er chois) ou locale. Effets secondaires : somnolence, orexigène 2) Corticoïdes nasaux (pulvérisation) : bénéfice sur les symptômes PAREO. Effet secondaire: Sécheresse de la muqueuse nasale → Pas de préférence pour l'un ou l'autre NB : Les vasoconstricteurs nasaux sont déconseillés au long cours (risque de rhinite iatrogène) et notamment chez les patients coronariens (risque de coronarospasme).	
	Ttt non médicamenteux	- Sevrage tabagique - Prise en charge du stress et anxiété car retentissement sur le sommeil fréquent	